

KRANKENGESCHICHTE

Für Ihre Behandlung benötigen wir die folgenden Angaben. Diese unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte füllen Sie diese Seite sorgfältig aus!

(ja Antworten bitte ankreuzen)

1. Sind Sie z. Z. in ärztlicher Behandlung?
wer ist Ihr Hausarzt?
2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, z.B. Herzpräparate, Diabetesmittel, etc.
Falls ja, welche?
3. Sind Sie allergisch auf Medikamente oder andere Stoffe, falls ja, welche?
.....
4. Leiden Sie unter Herz-Kreislaufferkrankungen?
5. Bluten Sie leicht und lange nach Verletzungen?
6. Hatten Sie schon größere Operationen?
7. Haben oder hatten Sie ansteckende Krankheiten, Erkrankungen innerer Organe
oder der Lunge?
8. Sind Sie in letzter Zeit geröntgt worden (Kopf/Halsbereich)?
9. **Frauen:** Könnte bei Ihnen eine Schwangerschaft vorliegen?

Waren oder sind Sie von folgenden, speziellen Beschwerden betroffen?

- | | |
|--|--|
| Kiefergelenkschmerz <input type="checkbox"/> | Knirschen oder Pressen <input type="checkbox"/> |
| Häufiger Kopfschmerz <input type="checkbox"/> | Ohrgeräusche <input type="checkbox"/> |
| Wirbelsäulenprobleme <input type="checkbox"/> | Nervenleiden <input type="checkbox"/> |

Bitte teilen sie uns bei künftigen Behandlungen stets Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes mit und achten Sie bitte auch darauf, dass Medikamente und örtliche Betäubung Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen können!

Datum/Unterschrift: